

**Claim No.**

**Creditor Name:**

(1) Nombre Completo	Justina Otero Cruz
(2) Número de teléfono	787-502-4558
(3) Número de empleado	
(4) Agencia para la cual trabaja(ó) y fecha. Si usted fue empleado en más de una agencia, por favor identifique la agencia o agencias relacionadas a su reclamación y las fechas en que estuvo empleado por cada agencia.	Departamento de Educación 1973-2001
(5) Correo electrónico	justina.oterocruz@hotmail.com
(6) Número de seguro social (últimos cuatro dígitos)	1219
(7) Número de caso administrativo o judicial, si aplica.	Incluya número de caso administrativo y/o judicial, si alguno, que haya radicado y que esté directamente relacionado a los beneficios reclamados en la Evidencia de Reclamación ( <i>Proof of Claim</i> ) 176372
(8) Describa en detalle la naturaleza de su reclamación y los fundamentos por los cuales usted cree que tiene derecho al beneficio reclamado. Incluya páginas adicionales si es necesario.	Ley Promesa comenzó 1973-1990 Trabajé Dpto. de Educación 1973-2001 Dinero adeudado \$23,600. $\begin{array}{r} \$100 \times 12 = 1,200 \text{ anuales} \\ \hline 28 \text{ años} \\ \hline \$23,600 - importe \\ \text{de aumento} \\ \text{de sueldo si se} \\ \text{cobrar.} \end{array}$

\*\*\* Attach any supporting documentation you may have related to your claim. \*\*\*

Justina Otero Cruz